Ein merkwürdiger Fall

von

„entzündlicher Epiphysenlösung."

INAUGURAL-DISSERTATION,

welche

unter Zustimmung der hochlöblichen medicinischen Facultät zu Marburg

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

einreicht und

am 19. November 1869

öffentlich vertheidigen wird

Carl Eduard Wilhelm Giesse

aus Carlshafen.

MARBURG.

Schnellpressendruck von C. L. Pfeil.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554412_0058

Seinen theuren Eltern

in kindlicher Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Ein auf der Marburger chirurgischen Klinik beobachteter interessanter Fall von Epiphysenlösung gab Veranlassung zur Abfassung der vorliegenden kleinen Arbeit.

Die Litteratur bietet über die Entsehung und Behandlungsweise dieser Erkrankung ausserordentlich wenig dar und ist es, neben Roser, Klose, Gosselin und Demme, hauptsächlich Frank, welcher in seiner Inaugural-Dissertation (Giessen 1861) verschiedene Fälle von Epiphysenlösung, ihre Aetiologie und Therapie, verzeichnet hat. Indessen, trotz aller Anerkennung, die dieser letzteren Arbeit von wissenschaftlicher Seite gezollt werden muss, entbehrt dennoch die ganze Angelegenheit bis auf den heutigen Tag der gebührenden Beachtung, und es mag deshalb wohl gerechtfertigt sein, diese entzündliche Epiphysenlösung mit Zugrundelegung eines eclatanten Falles im Folgenden zum Gegenstande einer eingehendern Betrachtung zu machen. Wir werden uns demnach bemühen, erstens zu untersuchen,

durch welche Processe sie bedingt wird, an welchen Puncten sich dieselben vorzugsweise zu localisiren und welche weiteren Schicksale sie zu haben pflegen, und zweitens diese Untersuchung für die Diagnose und Prognose, und drittens für die Therapie zu verwerthen.

Zuvor aber erfülle ich die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geh. Med.-Rath Professor Dr. Roser, für die freundliche Unterstützung bei vorliegender Arbeit meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

I.

Als hauptsächliches ätiologisches Moment zum Zustandekommen der entzündlichen Epiphysenlösungen kann man wohl die von Roser unter dem Namen „pseudorheumatische Knochen- und Gelenk-Entzündung“ auffassen.

Diese Krankheit wurde von den verschiedenen Schriftstellern unter den verschiedensten Titeln, als Periostitis rheumatica, Periostitis diffusa, Periostitis acutissima, Ostitis acutissima, Osteomyelitis diffusa, Osteophlebitis, Ostéite epiphysaire des adolescents, Thyphus des os, Typhus membres etc. beschrieben. Der Gedanke nun, dass etwas Besonderes und Eigenthümliches an dieser Krankheit sei, findet sich mehr oder weniger deutlich bei allen Schriftstellern, die darüber Abhandlungen veröffentlicht haben; um so mehr

musste man den Vorschlag Roser's billigen, alle die oben angeführten, zum Theil sehr phrasenreichen, Namen fallen zu lassen und das ganze Krankheitsbild, wegen seiner im Beginn ausserordentlich grossen Aehnlichkeit mit Rheuma, mit dem Namen „Pseudo-Rheumatismus“ zu belegen.

Knaben und Jünglinge, bei denen sich keinerlei dyscrasische Verhältnisse nachweisen lassen, sind am meisten zu pseudo-rheumatischen Affectionen disponirt, die in einer oft wahrhaft erschreckenden Weise in kurzer Zeit die fürchterlichsten Veränderungen der befallenen Theile herbeizuführen im Stande sind.

Alle bis jetzt beobachteten Fälle betrafen Individuen von 23 Tagen bis 21 Jahre. Die grösste Disposition herrscht um das 12. bis 16. Lebensjahr, und dass sie früher seltener auftritt, erklärt Gosselin daraus, dass die Epiphyse in jüngeren Jahren noch zu viel Knorpel enthalte, weshalb ihre Ernährung noch zu wenig activ sei.

Für diese Ansicht Gosselins spricht der in der hiesigen chirurgischen Klinik beobachtete Fall, wo es sich durch die Anamnese ergeben hat, dass Patient in kurzer Zeit rasch gewachsen ist, und es berechtigt dieser Fall zu der Annahme, dass das Zusammenfallen des Leidens mit einer Zeit, in welcher vorzugsweise das Wachsthum des Körpers rasch vor sich geht, in causalem Zusammenhange mit der Lebhaftigkeit des Umbildungsprocesses steht.

Nach den Beobachtungen Franks ist das männliche Geschlecht dieser Krankheitsform mehr ausgesetzt, vielleicht weil es sich äussern Schädlichkeiten öfter unterzieht, als das weibliche. In einer grossen Anzahl von Fällen liess sich durch die Anamnese constatiren, dass dem eigentlichen Leiden eine intensive Erkältung vorausgegangen war. — Viele Schriftsteller wollen Verletzungen als Ursachen zum Zustandekommen dieser Krankheitsform betrachtet wissen; eine Ansicht, die sich nicht rechtfertigen lässt.

Aus der Darstellung ergibt sich, dass die Epiphysen-Entzündung und Epiphysen-Necrose auf dreierlei verschiedenen Wegen erzeugt wird:

1) die Knochenentzündung kann am Schaft anfangen und von da auf die Epiphyse übergehen;
2) die Krankheit beginnt ihre Localisation an der Epiphyse meist mit hinzukommender Gelenkentzündung;
3) die Krankheit beginnt mit acuter Gelenkentzündung und es kommt secundär zur totalen oder partiellen Epiphysen-Necrose.

Mitunter hat es den Anschein, als ob die pseudo-rheumatische Affection im Stande sei, Pleuritis, Pericarditis, Nephritis und Pneumonie zu erzeugen, Complicationen, die bei der ohnehin heftigen, fieberhaften Krankheit rasch ein lethales Ende herbeizuführen drohen. Bei heftigem Auftreten des Krankheitsprocesses beob-

achtet man verschiedene Arten der Acuität. In sehr heftigen Fällen tödtet sie primär; in anderen schweren Fällen tritt der Tod durch acute Septicämie oder durch secundäre Nierenerkrankung.

Was nun die Localisation der Krankheit anbelangt, so wurde dieselbe bis jetzt fast nur an den grösseren Röhrenknochen beobachtet, wie Klose glaubt, weil Rheumatismus und Trauma, die häufigsten Gelegenheitsursachen, diese am meisten betreffen.

Eine Reihe weiterer Beobachtungen, sowie auch der hier in der chirurgischen Klinik beobachtete Fall zeigte jedoch, dass nicht allein die grösseren Röhrenknochen bei dieser Krankheitsform zur Affection geneigt sind, sondern dass auch andere Knochen — in diesem Falle der Calcaneus — befallen werden können. Es ist wohl im höchsten Grade wahrscheinlich, dass alle Knochen zu pseudo-rheumatischen Affectionen disponirt sind, vorausgesetzt, dass sie einen Epiphysenknorpel besitzen. Für diese Ansicht spricht auch noch der von Frank beobachtete Fall, wonach das Os ischii zum Sitze eines pseudo-rheumatischen Processes geworden war.

In 34 genau nachgesehenen und beobachteten Krankheitsfällen, von denen die Affection 12mal multipel, d. h. an den verschiedensten Gliedern zugleich auftrat, wurde befallen:

Das untere	Ende	des	Femur	17 mal
„ obere	„	der	Tibia	16 „
„ untere	„	„	„	7 „
„ obere	„	des	Humerus	5 „
„ obere	„	„	Femur	4 „
„ „	„	„	Radius	3 „
„ untere	„	„	Humerus	2 „
„ „	„	der	Fibula	2 „
Die beiden	Aeste	des	Os ischii	2 „
Das untere	Ende	des	Radius	1 „
„ obere	„	der	Fibula	1 „
„ „	„	„	Ulna	1 „

Die zur Epiphysenlösung führende Entzündung beginnt stets nach allen bis jetzt beobachteten Fällen mit heftigen Schmerzen, welche ihren Sitz in der Nähe eines Gelenkes, oder in diesem selbst haben. Frank glaubt sich zu der Annahme berechtigt, dass die sämmtlich jugendlichen und den niedersten Ständen angehörenden Kranken nur aus Mangel an Unterscheidungsgabe das Gelenk selbst afficirt wähnten. Damit stimmt auch das von Gosselin für die erste Periode angegebene gonflement mal circonscrit et une rougear diffuse au niveau de l'epiphyse envahie überein. Auch in dem hier beobachteten Falle verlegte Patient seine Schmerzen stets in die Gelenke, während dieselben wenig oder gar nicht afficirt schienen. Beim weiteren Fortschreiten der Krankheit resultirt nun aus jener Entzündung nach Frank eine Entzündung der Venen des

Knochens, welche in höhern Graden auf die Venen des Periostes, der Musculatur, ja in den höchsten Graden auf die grossen Venenstämme übergehen kann.

Während dieses Stadiums beobachtet man, wie Frank annimmt, alle Zeichen einer heftigen Phlebitis. Erdfahle Hautfarbe, Erysipel, Oedem und consecutive Anämie, welche jedoch in schwächeren Graden fehlen, oder doch zurücktreten. Das Knochenmark vereitert von den Enden nach der Mitte hin; Knochen und Periost werden durch ein eitriges Exsudat von einander abgehoben und die Obliteration der zu der Epiphyse gehenden Gefässe führt zu partiellen, scharf umschriebenen Necrotisirungen des Epiphysengewebes.

Während sich nun zwischen Knochen und Periost eine grosse Menge Eiter ansammelt, wird die Verbindung zwischen Epiphyse und Diaphyse mehr und mehr zerstört, sodass auf der Höhe des Processes die Epiphyse getrennt wird und oft in ziemlicher Entfernung vollkommen beweglich in einem grossen Eiterheerde ruht. Dabei führt die Entzündung des äussern und innern Periostes häufig zur Totalnecrose der Diaphyse. Die Beobachtung Frank's, dass die Epiphyse, wenn sie gesund geblieben ist, durch Verknöcherung der noch übrig gebliebenen fibrösen von der Epiphyse zu der Diaphyse übergehenden Stränge, wieder anwachsen kann, nach-

dem sich die Diaphyse aus dem Reste ihres Periostes wieder neu gebildet hat, können wir aus unserer Anschauung bestätigen. An solchen Stellen, an denen das innere und äussere Periost vollkommen zerstört ist, regenerirt sich die Diaphyse selbstredend nicht wieder. Durchbricht nun der Eiter das Periost, so ergiesst er sich unter die Musculatur, breitet sich auf dem ganzen Umfang des Gliedes aus und öffnet sich endlich, unter bedeutender Verminderung der Schmerzen, durch die Fascie und später durch die verdünnte Haut einen Ausweg nach aussen.

Die von Klose, Chassaignac und Roser beobachteten Oeltropfen, welche wahrscheinlich der Beobachtung Frank's entgingen, hatten wir zu verschiedenen Malen Gelegenheit wahrzunehmen. In nicht seltenen Fällen bildet sich eine directe Communication zwischen dem Gelenk und dem Subperiostalabscess in Folge einer Durchbohrung der Gelenkkapsel von der Seite her aus. Der Eiter umspült also jetzt den Knochen, die Weichtheile des Gliedes, füllt den Raum zwischen Epiphyse und Diaphyse, die Marksubstanz des Knochens, die Zellen der Epiphyse aus und communicirt durch die Oeffnungen der Kapsel mit dem Gelenkabscess. Chassaignac führt an, dass die Eiterung von unten nach oben in das nächst höher gelegene Gelenk fortschreite und zwar im Gefolge heftiger Schüttelfröste.

Nach der Lösung der Epiphyse kommt es leicht zu einer Richtungsabweichung des Knochens, indem die beiden Enden, Epiphyse und Diaphyse in einem Winkel zu einander treten und die eine oder andere Kante mit ihrem scharfen Rand dicht unter die Haut tritt. Die weiteren äussern Symtome sind, ausser dem schon erwähnten Schmerz an der betreffenden Stelle der Epiphyse, heftiges Fieber und häufig Diarrhöen. In dem von mir beobachteten Falle zeigten die befallenen Stellen ziemlich beträchtliche Anschwellungen, die bei Bewegung und auf Druck sehr empfindlich waren und nach Verlauf weniger Tage beträchtliche Fluctuation wahrnehmen liessen.

Tritt der Tod ein, so liegt fast stets eine septicämische Intoxication zu Grunde. Im Nachfolgenden wollen wir uns erlauben, einen von Frank mitgetheilten Fall zu erwähnen, wonach Patient am 47. Tage der Krankheit und am 29. Tage nach seiner Aufnahme in die Giesser Klinik an septicämischen Erscheinungen zu Grunde ging. Den ausführlichen Sectionsbericht werden wir ebenfalls folgen lassen, um auf diese Weise die pathologisch - anatomischen Veränderungen der befallenen Theile schildern zu können.

Patient, 16 Jahre alt, ein unter ärmlichen Verhältnissen, in feuchter Wohnung aufgewachsener Knabe, besucht das Hospital am 19. Ja-

nuar 1854 und erzählt, dass ihn um Weihnachten nach Erkältung in Schneewetter ein geringer Schmerz am Oberarm befallen habe. Dabei kein Schüttelfrost. Der M. deltocdeus und die Haut sind durchbohrt, aus ihr ragt einen Zoll weit ein necrotisches Stück des Oberarmes heraus. Nach Erweiterung der Hautwunde wird der Schaft des Humerus resecirt, wobei man erkennt, dass dessen oberes Drittel necrotisch ist, der Gelenkkopf, vollkommen beweglich in der Kapsel ruht und sehr leicht entfernt wird. In den nächsten 14 Tagen befriedigendes Verhalten, Fieber gering. Dann aber treten in kurzen Zwischenräumen nach einander neue Entzündungen am untern Ende beider Oberschenkelknochen und am untern Ende der Tibia und Entzündung am Tuber ischii unter nicht sehr lebhaften Schmerzen auf, das Fieber steigert sich, einzelne jener Stellen brechen auf und der Knabe geht an Septicämie am 7. Februar 1854 zu Grunde.

Section. Beide untern Extremitäten ödematös, die rechte nur über und unter dem Knie die linke bis zum Leib herauf; desgleichen Hodensack und Brust. Decubitus am Rücken und linken Trochanter. — Beträchtliches Serum in Pleura, Pericardium und Peritonaeum. Am untern Drittel des linken Femur Abscess; noch nicht völlig demarcirte Necrose, die nach unten weiter vorgeschritten ist, als oben. Am äussern Condylus theilweise Zerstörung des

Knorpels und Communication von Aussen mit dem Gelenk, und Kanäle von diesem durch die Epiphyse zur Rinne zwischen dieser und der Diaphyse. Die schwammige Knochensubstanz der Diaphyse ist zerstört und so eine Höhle von mehr als 1″ Durchmesser entstanden; von dem Zwischenknorpel fehlt nur die Mitte und von der Epiphyse nur der nächst angrenzende Theil. Die Lösung findet nicht genau zwischen Epiphyse und Diaphyse statt, sondern auch von dieser ist ein Theil abgetrennt, insbesondere besitzt das abgetrennte Stück einzelne der Diaphyse entnommene spitze Fortsätze, die sich an der Seite der Diaphyse anlegen. Durch die Epiphyse gehen drei Kanäle zum Gelenk.

Ein kaum verschiedener, nur nicht so weit vorgeschrittener Process am untern Ende des rechten Femur; äusserlich sichtbar beginnende Lösung an der hintern Fläche des Femur. — Der Entzündungsprocess ist am weitesten vorgeschritten 1‴ über dem Zwischenknorpel, an welcher Stelle ein diesem (fast) paralleler, den ganzen Binnenraum des Knochens fast scheibenförmig einnehmender, flacher Hohlraum, in dem sich nur wenig Knochensubstanz findet, zu sehen ist; von da aus geht ein Kanal senkrecht in das Gelenk und weniger regelmässig in der Richtung zur Markhöhle des Knochens (spricht für den Ausgang der Entzündung von der Nähe des Zwischenknorpels). —

Linke Tibia: Noch nicht demacirte Necrose in der ganzen untern Hälfte. Epi- und Diaphyse hängen nur noch durch eine ziemlich derbe Bandmasse, die stellenweise durchbrochen ist, zusammen. Ein Kanal geht durch die Epiphyse mit auffallend regelmässiger Rundung; jene ist nebst dem Zwischenknorpel in der Mitte fast ganz zerstört. —

Humerus: Spuren von Necrose fast um den ganzen Umfang des Knochens. Vollständige Lösung der Epi- von der Diaphyse und Zerstörung des ganzen Zwischenknorpels und des Knorpelüberzuges über dem Tuberculum majus. Epiphyse nicht durchbohrt. —

Os ischii: Ablösung des Knorpels vom Tuber und theilweise Zerstörung jenes wie der nahe liegenden Knochenstellen in der Ausdehnung eines Zolls; Substanzverlust gering, von dem Knorpel brückenförmig überzogen.

III.

Es ist mitunter äusserst schwierig, in nicht scharf ausgeprägten Fällen eine richtige Diagnose über entzündliche Epiphysenlösung zu stellen, ja, vor Entleerung des Eiters ist es beinahe ganz unmöglich. Entwickelt sich bei jugendlichen Individuen in der Nähe eines Gelenkes ein necrotischer Process, so soll man die Möglichkeit des Auftretens einer entzündlichen Epiphysenlösung

nicht ausser Auge lassen. Oft kann vielleicht der Explorativ-Troiquart, der in der Nähe eines Gelenkes einen subperiostalen Abscess findet, die Vermuthung des Leidens nahe legen. Im weitern Verlauf wird die Diagnose durch die äusserlich sichtbare Abweichung des Knochens und durch eine zwischen Epiphyse und Diaphyse fühlbare Rinne vollständig gesichert.

In keinem Falle wird man bei ausgeprägter entzündlicher Epiphysenlösung die Prognose günstig stellen dürfen. Abgesehen von den hin und wieder hinzutretenden Complicationen (Pleuritis, Pericarditis, Pneumonie, Nephritis), welche rasch ein lethales Ende herbeiführen, sind es hauptsächlich die langwierigen und massenhaften Eiterungen mit ihren üblen Folgen, welche eine günstige Prognose nicht so leicht zu stellen erlauben. Sehr häufig bleibt Ankylose, Richtungsabweichungen des Gliedes und selbst spontane Luxation, wenn der Process am Femur sich entwickelte, im Hüftgelenk zurück (Gosselin).

III.

Die Therapie der entzündlichen Epiphysenlösungen enthält noch viele Meinungsdifferenzen. Chassaignac, Klose und Gosselin geben den Rath, das befallene Glied zu amputiren, eine Ansicht, die sich doch wohl in keiner Weise rechtfertigen lässt. Sowohl die von Frank veröffentlichten

Fälle, als auch der hier zur Beobachtung gelangte Fall liefern den Beweis, dass die Amputation meist umgangen werden kann, zumal dieselbe in vielen Fällen wegen der Multiplicität und der Stelle des ergriffenen Gliedes nicht immer ausführbar ist.

Zunächst sei man darauf bedacht, nach den bekannten Regeln den Sequester im Nothfall durch die Necrotomie zu entfernen. Die eigentliche Necrotomie, d. h. die Operation jener Fälle, wo nicht nur einfache Herausnahme eines losen Knochenstückes, sondern künstliche, gewaltsame, mit Resection an der Todtenlade verbundenen Sequesterextraction nöthig werden, galt früher für eine gefährliche, bei Vielen für eine kaum zu unternehmende Operation. In der neueren Zeit sieht man einen Berichterstatter nach dem andern über die auffallend geringe Gefahr dieser zum Theil so tief gehenden und mit viel Misshandlung des Knochengewebes complicirten Resectionen sich verwundern. Man ist immer kühner geworden im Wegmeiseln und Wegtrepaniren der deckenden Todtenlade und im scheinbar schonungslosen Herausbrechen und Extorquiren fest umfasster oder eingehakter Sequester, und man hat diese Kühnheit nicht zu bereuen gehabt (Roser).

In den wenigen Fällen, wo die Entzündung secundär den grössten Theil des Knochenmarks in Eiterung übergeführt hat, schlägt Frank statt

der Amputation die Trepanation vor. Gerdy empfiehlt in dem Arch. gén. de med. 1853 p. 129 ff. (de la periostite et de la medullite) diese Operation, indem er, gestützt auf eigne uud auf Betrachtungen von Petit, Macfarlane, Morven-Smith, angibt, dass eine eitrige Markentzündung, welche sich einen Weg nach aussen öffnet, leicht heilt, besonders wenn man dem Eiter durch den Trepan einen Ausweg bietet.

In den gelinderen Fällen, oder in den Fällen mit schleichendem Verlauf möchte wohl eine örtliche Blutentziehung von einigem Nutzen sein. Ebenso wird man sich von narcotischen Cataplasmen Vortheile versprechen dürfen. Stets aber soll man im Auge behalten, dass bei beträchtlicher Eiterbildung unter dem Periost, zumal wenn dieselbe auf das Periost fortgeschritten ist, durch tiefe Incisionen für den Eiterabfluss Sorge zu tragen hat. — Gegen die aufgetretenen Diarrhöen gebe man Opium. Den Schwächezustand, respective die Anämie des Patienten suche man durch kräftige Roborantia (Wein, China, Eisen u. s. w.), sowie durch frische atmosphärische Luft und leicht verdauliche nahrhafte Kost zu heben.

Den in der hiesigen chirurgischen Klinik beobachteten Fall, der in vielen Beziehungen ein bedeutendes Interesse hat, werden wir im Nach-

folgenden, sowie der zur Beseitigung des Uebels eingeschlagenen Wege, einer nähern Betrachtung unterziehen.

Anamnese: Johannes Eckhard aus Viermünden, alt 14 Jahre, gibt an früher die Masern gehabt zu haben, sonst sei er stets gesund gewesen. Er will sich bei seiner Beschäftigung als Schafhirt, die er in den letzten zwei Jahren gehabt hat, häufig Erkältungen ausgesetzt haben, indem er in einer Bretterhütte auf dem Felde bei den Schafen schlafen musste. Am 23. April d. J. bekam Patient plötzlich Schmerzen in die rechte Ferse, die ihn zwar am Laufen hinderten, ihm jedoch gestatteten an den beiden folgenden Tage die Schafe zu beaufsichtigen. Am 25. April konnte Patient nicht mehr auf den Fuss treten und legte sich in Folge dessen zu Bett. Etwa nach acht Tagen sah ihn ein Arzt, der das Uebel als von einem eingestossenen Dorn wahrscheinlich herrührend erklärte und ihn zunächst kalte Umschläge, darauf warme machen liess, ihm dann später Aq. plumbi und hierauf graue Quecksilbersalbe verordnete. Am 7. Mai, also 14 Tage nach Beginn des Uebels, bekam Patient Schmerzen in die linke Schulter, die der Arzt ebenfalls mit grauer Salbe behandelte und daneben innerlich Tropfen verabreichen liess, welche nach Angabe des Patienten stark abführend wirkten. (Tinct. sem. colchici?).

Nur einige Tage später (wieviel Tage später,

weiss Patient nicht anzugeben) stellten sich dieselben intensiven Schmerzen im linken Ellenbogengelenk ein. Am 20. Mai liess sich alsdann der Kranke in die hiesige chirurgische Klinik aufnehmen.

Status praesens den 20. Mai 1869. Patient für sein Alter recht gross, bietet den Anblick eines schwer leidenden Individuums dar. Seine Schmerzen hindern ihn fast an jeder Bewegung. Macht man mit seinen Extremitäten irgend erhebliche Bewegungen, oder übt man einen geringen Druck auf seine kranken Stellen aus, so gibt er sehr lebhafte Schmerzen zu erkennen.

Was nun die Localisationen seines Leidens betrifft, so zeigt er eine geschwollene, linke Fussgelenksgegend und an der äussern Seite des Gelenkes leichte Fluctuation. Oberhalb des Gelenkes ist eine geringe ödematöse Schwellung. — Sodann ist die linke Ellenbogengelenksgegend geschwollen; daselbst keine deutliche Fluctuation, etwas Oedem in der Umgegend wahrnehmbar. Am meisten krankhaft afficirt zeigt sich die linke Schulter. Dort fühlt man eine deutlich fluctuirende Geschwulst um den Humerus herum, welche bis nach unten zum Ansatz des Deltoideus reicht und nach vorn eine Versenkung dem Pectoralis entlang zur Brust hin repräsentirt. Unter dem Acromion zeigt sich sodann ein ungehöriger, spitzer Vorsprung des Humerus-Kno-

chens, welcher Vorsprung sich, da man einen kleinern mehr nach oben und etwas nach hinten liegenden, beweglichen, runden Knochen für den Kopf des Humerus ansehen muss, als das gelöste Diaphysenende des Knochens ergibt, welcher stark gegen die Haut drängt und dieselbe schon verdünnt hat. — Ausserdem leidet der Kranke an heftigen Diarrhöen.

Diagnose: Entzündliche Epiphysenlösung, verbunden mit dem sogenannten pseudo-rheumatischen Fieber.

Prognose: In Anbetracht der bedeutenden Anämie des Patienten und der Heftigkeit des aufgetretenen, multiplen Processes, sowie der profusen Durchfälle ist die Prognose, wenn auch nicht lethal, so doch keineswegs günstig zu stellen.

Therapie: Patient wird alsbald nach seiner Aufnahme durch Kissen am Arme, durch Drahtstiefel am Bein zweckmässig gelagert und bekommt kalte Umschläge mit Aq. plumbi; innerlich Pulv. Dow.

21. Mai. Patient bekommt gegen den Durchfall Pulv. Dow. (0,5) 3 Pulver. Fieber Morgens 37,8, Abends 39,1.

25. Mai. Oeffnung an der äussern Seite des Fussgelenkes. Fieber 37,6 — 39,0.

10. Juni. Contraöffnung auf der innern Seite des Fussgelenks. Fieber 38 — 38,3.

17. Juni. Oeffnung des Abscesses in der

Gegend des Ansatzes des Deltoideus. Fieber 37,8 – 38,6.

19. Juni. Spontandurchbruch an der Stelle des vorstehenden Diaphysenstückes des Humerus. 38,4 — 38,9.

22. Juni. Oeffnung des Abscesses am Ellenbogen. 38,6 — 39,3.

Am 23. Juni schreitet man zur Resection des necrotisirten Diaphysenstückes, welche dadurch bewerkstelligt wird, dass man einen Schnitt auf den Knochen führt und durch die Listonsche Zange das vorstehende und necrotisirte, 1½″ lange Stück löst.

25. Juni. Man beobachtet eine gewisse Mobilität des Epiphysenstückes am Calcaneus.

26. Juni. Oeffnung der Versenkung am Pectoralis. 38,1 — 38,5.

An den nicht speciell angeführten Tagen hat das Fieber den Character der Remittens, am Morgen Remission, am Abend Exacerbation.

Mitte August verliert sich das Fieber vollständig. Die Diarrhöen haben schon früher sistirt, kehren jedoch hin und wieder, wenn auch nicht mit der anfänglichen Heftigkeit zurück.

Den 26. Juli tritt eine Anschwellung des linken Knies auf, die zunächst mit Aq. plumb., dann mit einem Gyps-Puderverband behandelt wird.

Am 15. August wird das gelöste Epiphysenstück des Fersenbeines entfernt; ein geringer

Decubitus, welcher am Kreuzbein sich bemerkbar macht, ist bis zum 23. August durch zweckmässige Lagerung des Patienten auf ein Luftkissen zur Heilung gebracht.

Den 23. August wird der Rest, ein etwa 2'/₂" langes, necrotisches Stück des Humerus, am 28. August ein necrotisches Stückchen an der Aussenseite der Ellenbogengelenksgegend, von der Epiphysenlinie ausgehend, entfernt.

Seit Anfang October befindet sich Patient anhaltend wohl. Das abgezehrte Aussehen und die bedeutende Anämie haben sich gänzlich verloren. Die Wunden am Oberarm und in der Ellenbogengegend sind beinahe vollständig vernarbt. An der rechten Ferse hat sich ein kleiner, fistulöser Gang gebildet durch den man mit einer Sonde ein sehr kleines necrotisches Knochenstückchen ermitteln kann. Sollte dieses in nächster Zeit nicht durch die Eiterung entfernt werden, so wird man es mit leichter Mühe durch eine kleine Incission entfernen können.

Fasst man nun alle diese geringen Beschwerden zusammen, so lässt sich erwarten, dass Patient in kurzer Zeit als von seinem Uebel geheilt entlassen werden kann. In wie weit und ob überhaupt eine Steifigkeit irgend eines der mit erkrankten Glieder zurückbleiben wird, lässt sich zur Zeit nicht ermitteln, doch glauben wir nach dem ganzen Krankheits-Verlaufe zu dem Schlusse berechtigt zu sein, dass Patient den voll-

ständigen Gebrauch der befallenen Glieder zurück erlangen wird.

Wiederhole ich die Hauptergebnisse meiner Betrachtung, so sind sie:

1) die entzündlichen Epiphysenlösungen werden am häufigsten durch pseudo-rheumatische Entzündung hervorgerufen;
2) nicht allein die grösseren Röhrenknochen, sondern auch alle anderen mit Epiphysen-Knorpel überzogenen Knochen sind zu diesen Erkrankungen disponirt;
3) das Auftreten des Leidens geschieht vorzugsweise mit einer Zeit, in welcher das Wachsthum des Körpers rasch vor sich geht;
4) der zwischen Periost und Knochen befindliche Eiter ist durch tiefe Incisionen zu entfernen, zumal durch die Entleerung des Eiters die Stellung einer sichern Diagnose wesentlich unterstützt wird;
5) die Amputation kann in der Therapie dieser Krankheit eine möglichst grosse Einschränkung erleiden.

Theses.

I.

Phthisis laryngea existirt als selbstständige, primäre Affection nicht.

II.

Die Erhaltung der Bicepssehne bei Resection des Humeruskopfes ist zwecklos.

III.

Die Müllerschen Gänge verlaufen nicht neben, sondern in den Wolffschen Gängen.

IV.

Es gibt verschiedene Arten des Typhusgiftes.

Carl Eduard Wilhelm Giesse, evang. Confession, Sohn des Bürgermeisters J. Giesse zu Carlshafen, Regierungsbezirk Cassel, wurde daselbst am 20. August 1845 geboren. Seine erste Schulbildung erhielt er in den dortigen Elementarschulen. Von seinem achten Jahre an besuchte er eine in seiner Vaterstadt früher bestandene, den Gymnasien analoge Lehranstalt, welche er in seinem sechzehnten Lebensjahre absolvirte. Dann widmete sich Verfasser mehrere Jahre hindurch der Pharmacie, verliess jedoch dieses Fach und bezog im Herbst 1866 als Mediciner die Universität Marburg. Hier blieb er vier Semester, frequentirte dann zwei Semester die Universität Würzburg und kehrte im Herbst 1868 nach erlangter Dispensation vom Maturo nach Marburg zurück, wo alsdann Verfasser das Tentamen physicum absolvirte.

Während seiner Studienzeit hat er die Vorlesungen gehört, oder Kliniken besucht, bei den Herren: Claudius, Melde, Dunker, Nasse, Roser, Heusinger, Lieberkühn, Wagner, von Bamberger, von Scanzoni, von Franqué, von Bezolt, von Recklinghausen, von Linhardt, Rienecker, Geigel, Stöhr, Schmitt, Beneke, Mannkopff, Dohrn.

Sämmtlichen Lehrern ist er zu grossem Danke verpflichtet, und freut sich, dies öffentlich aussprechen zu können.